

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

N°

THÈSE 649

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marcel AUSLANDER

Né le 25 Février 1909, à Cernauti (Roumanie)

La révision utérine post-partum Pronostic et indications

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marcel AUSLANDER

Né le 25 Février 1909, à Cernauti (Roumanie)

La révision utérine post-partum Pronostic et indications

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVAST
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale	PROUST.
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	RATHERY.
Clinique propédeutique	LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	SERGENT.
	BEZANCON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) .. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) .. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL ... Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) .. Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETITDUTAILLIS Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE ... Médecine Légale
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR-VALLE ..			
RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A G. W.

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui voulut bien nous accueillir
dans son service et nous faire le grand
honneur de présider cette thèse.

Témoignage de respect et de pro-
fonde gratitude.

A MADAME LE DOCTEUR FAYOT

*Chef de Clinique à la Clinique Baudelocque
Ancienne Interne des Hôpitaux*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS

ACHARD

DELBET

PROUST

MESSIEURS LES DOCTEURS

RAMOND

LESNE

CHEVRIER

TZANCK

PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT

INTRODUCTION

La Rétention partielle du délivre est le point de départ d'un certain nombre d'accidents et complications qui comptent parmi les plus fréquents et les plus graves de la pathologie obstétricale.

Pour prévenir ces complications, pour compléter une délivrance — naturelle, spontanée ou artificielle — on pratique depuis longtemps la Révision utérine manuelle, immédiatement après la délivrance.

Jusqu'ici rien ne semble prêter à discussion : des parties du délivre sont restées dans l'utérus, leur rétention peut engendrer des complications : pour les éviter, on introduit la main et l'on nettoie la cavité utérine.

Or, c'est au sujet de la R. U. que s'affrontent deux grands principes de l'obstétrique et parfois s'opposent. A savoir :

1° Eviter, autant que faire se peut, de porter l'infection au niveau de cette plaie à vif que représente la surface d'insertion du placenta après l'expulsion de celui-ci. Il est évident que, malgré toutes les précautions, il est toujours très difficile d'introduire

par les voies génitales, dans l'utérus, une main aseptique.

2° Eviter de laisser à l'intérieur de la cavité utérine, des parties de l'arrière-faix et surtout des restes placentaires, dont la rétention sera la cause de diverses complications. Laissant de côté les complications tardives, nous ne citerons que les immédiates : 1° Hémorragie. 2° Infection. 3° Hémorragie et Infection.

L'expérience s'est chargée de porter un jugement : elle a prouvé que, s'il était dangereux de risquer d'infecter l'utérus par l'introduction d'une main plus ou moins aseptique, le plus grand danger à courir c'était d'abandonner dans la cavité utérine des restes du délivre, dont le rôle favorisant l'infection puerpérale est capital.

Sur ce point, tous les auteurs sont actuellement d'accord. Et il n'y a personne, aujourd'hui, pour exposer une accouchée à l'hémorragie et à l'infection puerpérale, par crainte de faire une R. U.

Mais des divergences apparaissent lorsqu'il s'agit de préciser les indications de la R. U. Il est des auteurs qui préconisent la R. U. systématique après toute délivrance, quelque soit l'état de l'accouchée et celui du délivre. D'autres, au contraire, limitent les indications de la R. U. plus ou moins étroitement. D'ailleurs,

même au point de vue de la technique, on peut constater de légères différences suivant les auteurs.

Pour nous permettre de nous faire une idée personnelle sur ce problème, Monsieur le Professeur Couvelaire a bien voulu nous charger d'une statistique comprenant toutes les R. U. post-partum exécutées dans son service à la Clinique Baudelocque depuis 1928 jusqu'en 1933.

Nous étudierons d'abord cette statistique s'étendant sur six ans. Ensuite nous passerons en revue quelques travaux parus ces dernières années au sujet de la R. U. et nous essaierons enfin d'en tirer un certain nombre de conclusions.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

Notre étude portera sur toutes les R.U. post-partum faites à la Clinique Baudelocque dans les années de 1928 à 1933.

Pendant ces six années, 16.722 accouchements par les voies génitales eurent lieu à la Clinique. (Nous éliminons donc les Césariennes, Avortements.)

Il y eut en tout 132 R. U. post-partum pendant cette période, soit un pourcentage global de 7,9 0/00. Ce pourcentage varie d'ailleurs dans des limites assez étendues. Ainsi nous trouvons pour l'année 1928: 7 0/00; 1929 : 9 0/00; 1930 : 10 0/00; 1931 : 3 0/00; 1932 : 10 0/00; 1933 : 6 0/00; le nombre des accouchements restant sensiblement le même, oscillant autour de 3.000 par an.

Etudions avant tout les raisons pour lesquelles, après des délivrances spontanées, naturelles ou artificielles, on se décida à faire la R. U.

Nous avons dit que, sur 16.722 accouchements, 132 furent suivis de R. U.

Les indications de ces R. U. peuvent être classées en cinq groupes :

1° On a fait 44 R. U. pour hémorragies après la délivrance, que celles-ci aient débuté avant la délivrance ou après. Il est à noter que, le plus souvent, l'hémorragie était accompagnée d'un placenta incomplet ou simplement suspect, d'autres fois d'une rétention complète ou partielle des membranes. C'est d'ailleurs l'hémorragie qui, dans ces derniers cas (de rétention des membranes), justifiait l'intervention.

2° On a fait 41 R. U. pour placenta incomplet, c'est-à-dire toutes les fois qu'il manquait un ou plusieurs cotylédons en entier, des parcelles plus ou moins superficielles du placenta ou bien un cotylédon aberrant ou succenturié en entier ou en partie. Dans tous ces cas, la non-intégrité du placenta était patente.

3° On a fait 38 R. U. pour placenta suspect : c'est-à-dire toutes les fois que l'intégrité du placenta ne pouvait être considérée comme sûre, le placenta étant plus ou moins déchiqueté, divisé en plusieurs morceaux.

4° On a fait 7 R. U. pour rétention complète ou partielle des membranes. Dans ces cas, l'intervention fut décidée en raison d'un doute sur l'intégrité du placenta ou d'une légère hémorragie accompagnant la rétention des membranes.

5° On a fait 2 R. U. : L'une en raison des conditions spéciales dans lesquelles eut lieu l'accouchement — en ville, sans assistance médicale — et de l'infec-

tion utérine s'étant déclarée avant l'entrée à l'hôpital (voir observation 15 *bis*, 1929, p. 25). Et la seconde R. U. tardive, 11 jours après l'accouchement, pour fièvre et hémorragie depuis quatre jours (voir observation N° 1585, 1928, p. 25).

Nous voyons donc que, sur 132 R. U. post-partum :

1° 33 % ont été faites pour : Hémorragie après la délivrance :

Hémorragie seule;

Hémorragie et placenta suspect;

Hémorragie et rétention des membranes complète ou partielle.

Sans compter dans cette catégorie les hémorragies avec placenta manifestement incomplet qui figurent dans le chapitre des placentas incomplets.

2° 31 % des R. U. ont été faites pour placenta incomplet :

Rétention de cotylédon;

De cotylédon aberrant ou succenturié;

De débris plus ou moins volumineux du placenta.

Tout ceci avec hémorragie le plus souvent, mais parfois sans manifestation hémorragique.

3° 28 % des R. U. ont été faites pour placenta suspect. Ici il s'agit souvent d'appréciation subjective. Le principe directeur était d'ailleurs toujours : mieux

vaut une R.U. inutile de trop qu'une R. U. nécessaire de moins.

Mais, très souvent, lorsque l'état du placenta ne semblait pas justifier entièrement la R. U., l'existence d'une hémorragie ou la rétention des membranes s'ajoutaient pour faciliter la décision.

4° Dans 5 % des cas, la R. U. fut faite pour rétention des membranes complète ou partielle.

Nous avons déjà dit que, le plus souvent, il y avait en plus une autre raison venant justifier la R. U. :

Rétention membraneuse avec placenta suspect.

— — placenta incomplet.

— — hémorragie.

Ce n'est que dans 1,5 % des cas que la R. U. fut décidée en raison d'une température élevée dans les jours suivant l'accouchement, des doutes existant d'ailleurs sur l'intégrité de la délivrance.

Etudions maintenant les suites de couches des femmes ayant subi des R. U. post-partum.

Pour mieux juger des résultats et des dangers de la R. U., nous diviserons d'abord nos 132 cas en trois catégories :

La première catégorie comprend la grande majorité des cas : ce sont les R. U. faites chez des femmes ayant eu une gestation normale, un accouchement spontané et une délivrance spontanée ou naturelle, sans jamais avoir subi d'intervention avant la R. U.

Ce groupe comprend 110 cas (sur 132), soit un pourcentage de 83 %.

La deuxième catégorie comprend les R. U. faites chez des femmes ayant subi à un moment donné, soit au cours de la gestation, soit et surtout au cours du travail ou de la délivrance, une intervention quelconque : forceps, version par manœuvres internes, épisiotomie, abaissement du pied, délivrance artificielle, craniotomie, etc...

Ce groupe comprend 20 cas (sur 132), soit 15,5 % du nombre total.

La troisième catégorie, deux cas seulement, dans lesquels les femmes présentèrent une température élevée lors du début de leur travail ou même avant.

Dans les deux cas, les femmes avaient subi des manœuvres intra-utérines avant la R. U. Il s'agit ici de 1,5 % du chiffre global des R. U.

SUITES DE COUCHES APRÈS RÉVISION UTÉRINE

Voyons maintenant les suites de couches des 132 femmes ayant subi une R. U. Nous les répartirons en trois groupes :

1° Celui des suites de couches normales. Nous y ferons entrer toutes les femmes dont la température n'a pas atteint 38° plus de deux fois pendant les suites

de couches et qui sortirent entre le 15^e et le 20^e jour en bon état.

2° Celui des suites de couches morbides. Nous y classons toutes les femmes ayant eu des suites de couches fébriles pendant plus de deux jours sans préjuger de la localisation de l'infection, ni de sa cause. Nous reviendrons sur ce groupe pour étudier ce qui était imputable à la R. U. et ce qui n'avait aucun rapport causal avec elle.

3° Le dernier groupe comprend deux cas avec terminaison létale. Nous verrons que, dans les deux cas, l'issue fatale ne peut être mise à la charge de la R. U.

PREMIER GROUPE. — *Suites de couches normales*

Sur 132 cas, 85 rentrent dans cette catégorie, soit 64 %.

Sur ces 85 cas, huit fois seulement les femmes avaient subi une intervention avant la R. U. A savoir :

1929. — N° 884. — Forceps au détroit inférieur pour résistance des parties molles chez primipare âgée. Episiotomie.

N° 1490. — Expulsion spontanée du siège d'un fœtus mort et macéré. La tête dernière, hydrocéphale, dû être perforée pour pouvoir être extraite.

1930. — N° 472. — Forceps pour lenteur de la

phase d'expulsion due à la résistance des parties molles et pour souffrance fœtale. Rupture complète du périnée.

N° 612. — Rupture prématurée artificielle des membranes pour hémorragies au cours du dernier mois de la grossesse par placenta prævia.

N° 1079. — Forceps pour non progression de la tête. Episiotomie.

1932. — N° 1114. — Forceps au détroit inférieur.

N° 2620. — Forceps pour non progression de la tête après trois heures d'efforts expulsifs. Episiotomie.

1933. — N° 694. — Essai de réduction de proci-dence du cordon.

Nous voyons donc que la plupart des interventions dans ce groupe consistaient en applications de forceps au détroit inférieur, donc assez bénignes. D'autre part, 90,5 % des cas n'avaient subi aucune intervention antérieure à la R. U.

SECOND GROUPE. — *Morbidité dans les suites de couches*

Sur 132 cas, 46 rentrent dans ce groupe (soit 35 %).

Sur ces 46 cas, 11 fois les femmes avaient subi des interventions avant la R. U. : soit 23 % des cas morbides avec interventions antérieures. Ce chiffre est relativement élevé en comparaison avec celui de

9,5 % d'interventions préalables dans le groupe des suites de couches normales.

Mais lorsqu'on étudie l'étiologie des cas avec suites de couches morbides, on se rend compte que neuf cas au moins ne peuvent pas être mis sur le compte de la R. U. Il s'agit, en effet, le plus souvent d'affections fébriles extragénitales. Voici les observations :

1929. — N° 54. — Pas d'infection utérine. La température est certainement due à la tuberculose pulmonaire dont cette femme était atteinte depuis plusieurs années.

N° 762. — Aucun phénomène morbide pendant les six jours suivant l'accouchement. Puis, brusquement, un point de côté, dyspnée, quelques râles à l'auscultation du poumon droit, pas d'expectoration. Aucun signe de phlébite ni des membres, ni parautérine; du côté génital, aucun signe pathologique. La température se maintient élevée du 7^e au 14^e jour. Le 20^e jour, la parturiente quitte en bon état la clinique.

Notons seulement que la femme avait subi une application de forceps au détroit inférieur pour souffrance fœtale et qu'il s'agissait d'une albuminurique.

N° 2617. — Rien du côté génital. Lymphangite du sein.

1930. — N° 597. — Rien d'anormal du côté génital.

La température est expliquée par l'existence d'une angine.

N° 855. — La température est due à une lymphangite du sein. Pas d'infection génitale.

N° 1739. — Lymphangite du sein.

N° 1836. — Court épisode pulmonaire ne paraissant pas d'origine puerpérale. Il n'existe aucun signe morbide génital.

N° 2521. — Rien de génital. Lymphangite du sein.

1931. — N° 417. — Lymphangite du sein.

Presque tous ces cas de suites de couches morbides ont comme explication une lymphangite du sein qui, évidemment, ne peut pas être mise sur le compte d'une infection génitale par la R. U. Le chiffre initial de 46 cas (sur 132) de suites de couches morbides, chiffre qui englobait les manifestations pathologiques, quelle que soit leur localisation et leur étiologie, doit être diminué de neuf unités ne relevant pas de l'infection puerpérale.

Il nous reste à étudier les 37 cas d'infection puerpérale. Nous verrons d'ailleurs que, même parmi ces cas, quelques-uns ne sont certainement pas attribuables à la R. U. Dans d'autres, l'étiologie est discutable. Mais il en est où la R. U. est certainement en cause.

Sur les 37 cas d'infection puerpérale après R. U., nous relevons 27 cas qui ne peuvent être attribués qu'à la R. U., les femmes en question n'ayant subi aucune

intervention antérieure et n'ayant pas présenté une température anormale au début du travail.

Il est vrai qu'il s'agit le plus souvent d'infection utérine légère avec utérus douloureux, lochies fétides, une température élevée pendant 3-10 jours. L'état général de ces femmes ne fut inquiétant à aucun moment. Elles quittèrent la clinique entre le 15^e et le 25^e jour en bon état.

On trouve sur les 27 cas seulement trois phlébites et une seule infection puerpérale plus sérieuse, mais qui se termina par une guérison complète.

Dans un autre groupe d'infection puerpérale après R. U., les femmes en question ayant toutes subi des manœuvres antérieures plus ou moins importantes, il existe un doute sur la cause de la morbidité. Ce sont les quatre cas suivants :

1928. — N° 1214. — Il s'agit d'une femme dont l'enfant se présentait par le siège. On fit une extraction par abaissement d'un pied. Après la délivrance naturelle on fit une R. U. pour hémorragie persistante et placenta suspect. R. U. qui ramena d'ailleurs des fragments placentaires. Le quatrième jour après l'accouchement se déclara une phlébite bilatérale des membres inférieurs. La parturiente put quitter la clinique le 52^e jour en bon état.

1928. — N° 1658. — Il s'agit d'une femme ayant subi une application de forceps pour lenteur de

l'expulsion. Après la délivrance naturelle, on dut se décider à la R. U. en raison d'une hémorragie persistante, laquelle R. U. ne ramena d'ailleurs que des caillots et des débris de membranes. La femme fit dans les suites de couches une infection utérine légère et put quitter la clinique le 16^e jour en bon état.

1929. — N^o 155. — Il s'agit d'une femme ayant accouché spontanément, mais très difficilement, à cause de son bassin généralement rétréci, ayant présenté un œdème important de la lèvre antérieure du col, un hématome de la cloison rectovaginale et ayant subi enfin une délivrance artificielle hydraulique combinée à une légère traction sur le cordon. La R. U. fut décidée en raison de la persistance d'une légère hémorragie et de doutes sur l'intégrité du placenta. Cette révision utérine ramena d'ailleurs des débris placentaires.

Dans les suites de couches, cette femme présenta une légère infection utérine.

1929. — N^o 1573. — Il s'agit d'une femme ayant présenté une grossesse gémellaire bi-ovulaire. Le premier fœtus fut extrait par forceps pour souffrance fœtale, d'ailleurs mort; le second fut expulsé spontanément. La R. U. fut faite en raison du placenta déchiqueté, incomplet; elle ramena des débris placentaires. La femme fit dans les suites de couches une phlébite qui évolua, comme habituellement, vers la guérison.

Il nous reste maintenant 6 cas dans lesquels la morbidité dans les suites de couches ne peut certainement pas être imputée à la R. U. : elle doit être mise sur le compte d'une intervention préalable ou d'une infection d'autre cause, comme nous allons voir.

Voici ces cas :

1928. — N° 1585. — Il s'agit d'une femme ayant eu — après une gestation normale — un accouchement spontané et une délivrance naturelle. Elle fit dans les suites de couches de la fièvre à 38°-39°, présenta un utérus un peu sensible; en plus apparut une hémorragie utérine le septième jour après l'accouchement. Devant la persistance de la température et de la métrorragie, on dut se décider à une R. U. tardive qui fut faite le onzième jour et qui ramena un gros morceau placentaire.

Du 13^e au 20^e jour, la température descendit en lysis et la femme put quitter le 29^e jour la clinique en bon état.

1929. — N° 15 *bis*. — Il s'agit ici d'une femme ayant accouché dans des conditions assez singulières. Seule chez elle, elle était debout au moment de l'expulsion. Le nouveau-né tombe par terre, le cordon se déchire tout seul (?) et la femme tire sur le bout qui sort des voies génitales : elle ressent une petite douleur et extrait le placenta qui n'a pas pu être examiné. On fait tout de même une R. U. en raison de la

température élevée avec frissons, des lochies fétides et des circonstances de la délivrance. La R. U. ne ramène que quelques parcelles musculaires, probablement arrachées lors de la délivrance. Après une endométrite et phlébite, la femme put quitter la clinique, guérie.

1930. — N° 604. — Il s'agit d'une femme ayant subi avant terme et pour une présentation transversale une dilatation artificielle du col par ballon, rupture artificielle des membranes et une version podalique. Elle subit pour placenta suspect une R. U. qui ramena des débris placentaires et des caillots. Elle fit une infection utérine légère.

N° 1107. — La femme avait subi une rupture artificielle précoce des membranes pour hémorragie par placenta prævia, l'abaissement d'un pied s'accompagnant de l'expulsion du placenta découronné et l'extraction du fœtus.

En raison des manœuvres et de la rétention complète des membranes, on fit une R. U. qui ramena les membranes. Dans les suites de couches, légère infection.

1931. — N° 1250. — On dut appliquer ici le forceps pour nonprogression de la tête et hyperthermie pendant le travail 38°. Après la délivrance naturelle, on fit une R. U. pour hémorragie, révision qui ne ramena d'ailleurs rien, mais qui arrêta l'hémorragie.

Légère infection utérine dans les suites de couches.

1932. — N° 2963. — La femme subit une application de forceps pour longueur du travail, souffrance foétale, température à 38° pendant le travail, et une épisiotomie. La R. U. fut décidée en raison de l'hémorragie du placenta suspect et d'une rétention partielle des membranes; elle ramena les débris placentaires et membraneux. Dans les suites de couches il y eut infection utérine légère.

Récapitulons les chiffres. Sur 132 cas de R. U., 46 avec suites de couches morbides, dont 37 seulement avec infection puerpérale.

Parmi ces 37 cas, nous comptons 27 cas qui sont certainement dus à la R. U., 4 cas d'étiologie douteuse ou double, et enfin 6 cas qui ne sont certainement pas dus à la R. U., mais à l'infection antérieure par manœuvres diverses.

Évaluée d'après cette statistique, la morbidité par R. U. atteint certainement un pourcentage de 20,4 % et peut-être même de 23 %.

TROISIÈME GROUPE. — *Mortalité*

Envisageons rapidement les deux cas de mort après R. U. Disons-le tout de suite : tous les deux ne sont certainement pas dus à la R. U. Voici leurs observations :

1929. — N° 398. — Il s'agit d'une femme ayant présenté un utérus bicorné, un excès de liquide et une présentation transversale transformée en présentation céphalique par version externe, avant tout début de travail. Cinq jours avant le travail se déclare une grippe avec fièvre à 39°, angine, bronchite et toux.

Au moment du travail on est obligé d'appliquer le forceps pour fatigue et déficience des efforts expulsifs. La délivrance est naturelle; mais on est obligé de faire une R. U. en raison d'une hémorragie et d'une rétention placentaire partielle. La R. U. ramène des débris placentaires. Mais la femme meurt dans les suites de couches par pneumonie grippale.

1932. — N° 265. — Il s'agit d'une femme qui subit une application de forceps pour inertie utérine. En raison d'une hémorragie abondante suivant immédiatement l'accouchement, on fait une délivrance artificielle et une transfusion à cause de l'état très anémié de la femme.

L'hémorragie continuant, on fait une R. U. qui ramène des débris placentaires. Malgré toute la médication toni-cardiaque, stimulante, sérum et une transfusion, la femme meurt, dans les heures qui suivent, d'anémie aiguë.

Nous pouvons donc affirmer que, d'après notre statistique, la mortalité causée par R. U. est *nulle*.

RÉSULTATS DIRECTS DE LA RÉVISION UTÉRINE

Il nous semble intéressant maintenant de passer rapidement en revue les résultats directs de la R. U., c'est-à-dire de montrer dans combien de cas la R. U. a ramené des débris restés dans l'utérus et dans combien d'autres ces révisions étaient inutiles, tout au moins du point de vue de l'évacuation.

Nous relevons donc sur les 132 R. U. 89 cas dans lesquels le contrôle de l'utérus a permis de ramener des débris placentaires (fragments, cotylédons), soit dans 67 % des cas.

Dans 21 cas on n'a pas trouvé de tissu placentaire, mais on ramena des membranes retenues, soit dans 15 % des cas. Nous répétons que la rétention des membranes seule n'a jamais été suffisante pour qu'on fit une R. U.

Dans 22 cas sur 132, soit dans 16 % des cas, la R. U. ne ramena ni tissu placentaire, ni tissu membraneux. Elle permit seulement d'évacuer des caillots et contribua à l'arrêt de l'hémorragie. Nous verrons à la discussion de la statistique (p. 33) que la R. U., est indiquée dans tous les cas d'hémorragie utérine après la délivrance et peut arrêter celle-ci, qu'elle soit due ou non à une rétention partielle du délivre.

Il est intéressant à noter que sur les 22 cas dans lesquels la R. U. ne ramena aucun tissu retenu, celle-ci

fut suivie sept fois d'infection puerpérale — utérine ou veineuse — ne pouvant être expliquée que par le R. U.

ANTÉCÉDENTS GÉNITAUX ET GÉNÉRAUX DES FEMMES AYANT SUBI UNE RÉVISION UTÉRINE

Jetons un rapide coup d'œil sur les antécédents des femmes ayant dû subir des R. U. et pouvant plus ou moins expliquer l'étiologie des accidents ayant justifié le contrôle utérin.

Sans donner de chiffres, nous dirons seulement que la syphilis est extrêmement fréquente chez ces femmes. D'autre part, ces femmes sont le plus souvent des multipares et on trouve dans leurs antécédents diverses infections utérines, salpingiennes et très souvent aussi un ou plusieurs avortements, avec ou sans curetage.

TECHNIQUE DE LA RÉVISION UTÉRINE

Nous n'insisterons pas beaucoup sur la technique de la R. U. bien connue par tous.

Inutile de rappeler ici les précautions toutes spéciales qu'il faut prendre en présence d'une femme qui vient d'accoucher. L'asepsie des mains de l'accou-

cheur et des organes génitaux de la femme sera aussi rigoureuse que possible.

Quant à la femme, il faudra lui faire raser les poils de la région pubienne (si ceci n'a pas déjà été fait pour l'accouchement). La région vulvaire et le vagin seront soigneusement nettoyés, de même les faces internes des cuisses : tout sera passé à la teinture d'iode dédoublée.

Dans le service du Professeur Couvelaire, on ne se sert pas de gants pour la R. U. D'une part, les gants, dans cette manœuvre assez délicate et nécessitant une certaine précision de sensation, gênent beaucoup. D'autre part, diverses statistiques (Sitzenski, Russie) montrent que la morbidité est sensiblement la même avec l'emploi de gants ou avec la main nue.

Naturellement, la main et l'avant-bras de l'accoucheur seront soumis d'acord à un brossage et savonnage d'environ 10 minutes; ils seront ensuite iodés jusqu'au coude.

Seule l'extrême urgence (hémorragie abondante) pourrait justifier un bon iodage sans lavage préalable.

Dans tous les cas où il s'agit d'une femme résistante en bon état, on l'endort au chloroforme. L'extrême urgence ou un état très précaire contre-indiquent l'anesthésie.

La femme en position obstétricale, des champs

stériles sont mis en place, la main iodée et lubrifiée sur sa face dorsale pénètre dans l'utérus; on réduit à l'inévitable le contact de la main avec les organes génitaux externes.

La main abdominale posée sur le fond de l'utérus amène vers la main utérine l'organe gestateur. Suivant les circonstances, la main agit de la façon d'un coupe-papier ou bien pétrit et effrite avec les bouts des doigts les restes adhérents.

Après avoir passé en revue les faces, le fond, les cornes utérines, on termine l'opération par une injection intra-utérine iodée chaude.

Lorsqu'il existe de l'inertie utérine, on pourra faire une injection d'ergotine ou d'hypophyse, la cavité utérine étant maintenant certainement vide. On mettra une vessie de glace sur le bas-ventre.

DISCUSSION

Nous venons de voir que la R. U. est une intervention obstétricale qui ne comporte aucune mortalité, tandis que sa morbidité s'élève à 20,4 % et peut-être même à 23 %.

En présence de ce problème, quelles sont les opinions des différents auteurs ?

Voici comment M. A. Dreyfus, de Strasbourg, résume l'évolution de ce problème des indications de la R. U. :

Classiquement et avant Pasteur, deux opinions s'affrontaient en présence d'une rétention placentaire.

Morgani, Smellie, Puzos, P. d'Egine s'en remettaient aux forces naturelles et attendaient l'expulsion spontanée.

Celse, Mauriceau, Deventer, De la Motte, Laverjat préconisaient déjà l'extraction artificielle immédiate.

Depuis Pasteur, les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie rendirent moins dangereuses les interventions obstétricales et Pauchu posa deux indications formelles de R. U. :

1° Rétention placentaire ou de vastes lambeaux de membranes.

2° Hémorragie persistante après la délivrance.

Actuellement encore, tous les auteurs sont d'accord pour intervenir dans ces deux cas.

Mais, malgré toutes les craintes qu'inspire une intervention intrautérine post-partum, il est indispensable d'élargir ces indications, car autrement on risque trop de passer à côté d'une rétention partielle du délivre.

Reconnaissant à la R. U. immédiate une bénignité relative, Dreyfus insiste sur la fréquence des rétentions passant inaperçues et attire l'attention sur la gravité toute particulière des R. U. tardives avec 63 % à 83 % de mortalité, sur laquelle d'ailleurs tous les auteurs sont d'accord.

C'est pour ces raisons qu'il adhère à la conduite de M. Keller, de Strasbourg.

Voici quelles sont d'après M. Keller les indications de la R. U. :

1° Hémorragie après expulsion du placenta.

2° Placenta incomplet.

3° Placenta suspect quant à son intégrité, même en l'absence de toute hémorragie.

4° Léger suintement sanguin après l'expulsion du placenta — après avoir exclu une lésion vaginale — même lorsque le placenta ne paraît pas suspect.

Chacune de ces indications comporte quelques explications.

Dans le premier cas — hémorragie — et dans le deuxième cas — placenta incomplet — la R. U. sera extrêmement utile.

Si elle ne permet pas d'extraire des débris retenus, elle permettra certainement, soit de faire le diagnostic d'une lésion utérine, ou vaginale, soit d'agir contre l'atonie utérine par le nettoyage de la cavité utérine et surtout par l'excitation de la fibre musculaire.

Dans le troisième cas — placenta suspect — il faut toujours penser à la gravité de beaucoup plus grande de la rétention et de la révision tardive et faire plutôt une révision de trop que de moins.

L'examen extrêmement minutieux du placenta s'impose dans ces conditions. L'interprétation en reste très difficile et M. Keller indique quelques types de placenta suspect :

- 1° Placenta à surface maternelle cruentée;
- 2° Placenta déchiqueté;
- 3° Placenta fissuré;
- 4° Soupçons de cotylédon aberrant;
- 5° Soupçons de cotylédon accessoire;
- 6° Surface placentaire irrégulière et bosselée;
- 7° Femme délivrée en ville sans que le placenta ait pu être examiné.

Dans sa quatrième indication — léger suintement sanguin, même avec placenta paraissant complet — la R. U. pourra montrer l'absence de rétention, de lésion utéro-vaginale et pourra remédier à l'atonie utérine.

La rétention de membranes ne constitue pas pour cet auteur une indication de R.U., en l'absence toutefois :

d'hémorragie;

de soupçons sur l'intégrité du placenta.

En plus, M. Keller conseille la R. U. après les accouchements ayant comporté des manœuvres intrautérines, et ceci dans un but diagnostique.

MM. Keller et Dreyfus pensent qu'il est exagéré de faire la R. U. systématique après chaque accouchement.

C'est ceci en effet la conduite de M. Gheorghiu, de Bucarest. En faveur de son opinion, cet auteur cite les chiffres suivants : avant Semmelweiss et Pasteur, la morbidité par infection puerpérale s'élevait à 70-90 %; grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, ce chiffre tombe à 20-30 %.

Depuis le commencement du siècle, « cette morbidité est restée partout égale ». Dans le service de cet auteur, ce chiffre serait tombé à 3-4 % grâce à la R. U. systématique.

Mais les critiques ne manquent pas à cette manière de voir. M. Brindeau se demande tout d'abord si

M. Gheorghiu compte dans sa statistique aussi les cas d'infection légère. Il affirme d'autre part l'existence d'infection puerpérale malgré la vacuité complète de l'utérus. L'utérus est le plus souvent vide après la délivrance, et souvent les R. U., même faites pour placenta suspect, ne ramènent rien; d'autre part, la caduque a un rôle de défense contre l'infection.

Il n'y aurait aucun avantage à retirer les caillots, car ceux-ci se reforment. Si la rétention partielle de l'arrière-faix est effectivement si fréquente, comment se fait-il que 70-95 % d'accouchements aient une évolution normale ?

L'argument le plus important et certainement inattaquable contre la R. U. systématique est le danger que présente cette intervention, surtout en dehors d'un service hospitalier.

Quant à la rétention des membres, elle paraît être sans danger : l'expulsion spontanée étant la règle.

On interviendra toutefois si, en même temps, il existe de l'infection utérine, ou, si la femme a subi des manœuvres importantes, une rupture prématurée des membranes, une délivrance artificielle.

Sur ce point, la plupart des auteurs sont d'accord.

CONCLUSIONS

1° La révision utérine est une intervention excellente qui, exécutée dans de très bonnes conditions matérielles, est relativement bénigne.

2° Une statistique en série continue de 132 cas en six ans de fonctionnement de la Clinique Baudelocque ne comporte aucun cas de mortalité par infection utérine pendant les suites de couches.

La morbidité s'élève néanmoins à 20,4 % ou même à 23 %.

3° Malgré certains avantages indéniables que présenteraient une révision utérine systématique, nous considérons celle-ci comme exagérée.

Du point de vue pratique, il saute aux yeux que,

dans certains milieux et dans certaines conditions, en ville, à la campagne, une révision utérine présente un risque très grave qu'il ne faudrait courir que sous le couvert d'une indication évidente.

Du point de vue théorique et en admettant les conditions parfaites d'un grand service spécialisé, il faudrait tenir compte du fait que la révision utérine comporte tout de même 20-23 % de morbidité; que, d'autre part, une majorité importante d'accouchements évolue normalement sans aucune révision utérine. Il faut penser aussi que l'état d'une femme post-partum donne une certaine gravité à une anesthésie tant soit peu prolongée, anesthésie qui est nécessaire en cas de révision utérine.

La R. U. a un certain nombre d'indications précises :

- 1° Hémorragie;
- 2° Placenta incomplet;
- 3° Placenta suspect;
- 4° Suintement sanguin, même avec placenta semblant complet.

On pourrait encore ajouter peut-être :

5° Suspicion en raison des antécédents gynécologiques ou des délivrances antérieures.

Ces indications semblent nécessaires, mais aussi suffisantes, pour prévenir les accidents pouvant résulter d'une rétention placentaire partielle.

Vu : Le Doyen
A. ROUSSY

Vu : Le Président de la Thèse
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. DREYFUS. — La révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement; ses indications, ses résultats (suivant les observations de l'école des Sages-Femmes de Strasbourg). (Strasbourg méd. N° 4. 5 fév. 1933.)
- A. DREYFUS. — La révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement; ses indications, ses résultats (suivant les observations de l'école des Sages-Femmes de Strasbourg). (Strasbourg méd. N° 5. 15 fév. 1933.)
- N. GHEORGHIU. — La révision de la cavité utérine après l'accouchement. (Soc. belge de gyn. et obst. Séance du 7 mai 1932.)
- N. GHEORGHIU. — De la révision de la cavité utérine. (Brux. méd. N° 51. 16 oct. 1932.)
- N. GHEORGHIU. — La révision de la cavité utérine (contrôle utérin) après l'accouchement comme traitement prophylactique de l'infection puerpérale endogène des hémorragies post-partum et des tranchées utérines. (Soc. obst. et gyn. Paris. Séance du 4 juillet 1932. Gynécol. 1932. Oct.)

- N. GHEORGHIU. — A propos des récentes communications sur la révision utérine de sub-part et post-partum. (Soc. belge de gyn. et obt. Séance du 6 janv. 1934. Bruxelles méd. N° 11. 14 janv. 1934.)
- R. KELLER. — Quand la révision de la cavité utérine après l'accouchement est-elle indiquée ? (Progrès Méd. N° 6. 7 fév. 1931.)
- R. KELLER. — Quand la révision de la cavité utérine immédiatement après l'accouchement est-elle indiquée ? (La Sage-Femme de l'Ouest. N° 9. Novembre 1932.)
- BRINDEAU. — Pratique de l'Art des Accouchements.
-

Imprimerie Spéciale de la Librairie LIPSCHUTZ. — Paris
